

CARON
XC 21
-2010
T23

Government
Publications

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

TELETRIAGE HEALTH SERVICES

(section 3.13, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)

2nd Session, 39th Parliament
59 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Teletriage health services (Section 3.13, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Text in English and French on inverted pages.

Title on added t.p.: Services de télétriage (Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.13)

Also available on the Internet.

ISBN 978-1-4435-4826-7

1. Telehealth Ontario – Auditing. 2. Ontario. Telephone Health Advisory Services – Auditing. 3. Triage (Medicine) – Ontario. 4. Telephone in medicine – Ontario. 5. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care. I. Title. II. Title: Services de télétriage (Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.13)

RC86.7 O5 2010

362.18

C2010-964042-XE

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

The Honourable Steve Peters, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

Norman W. Sterling, MPP
Chair

Queen's Park
October 2010



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761114684079>

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

2nd Session, 39th Parliament

NORMAN W. STERLING
Chair

PETER SHURMAN
Vice-Chair

WAYNE ARTHURS

DAVID RAMSAY

AILEEN CARROLL

LIZ SANDALS

FRANCE GÉLINAS

DAVID ZIMMER

JERRY J. OUELLETTE

Katch Koch and Trevor Day
Clerks of the Committee

Susan Viets
Research Officer

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

LIST OF CHANGES TO COMMITTEE MEMBERSHIP

MARIA VAN BOMMEL was replaced by WAYNE ARTHURS on September 22, 2010.

the upper convoluted part of the neck vessels
and the lower straight part of the carotid arteries.
The right side of the neck was exposed by
removing the skin and subcutaneous tissue.

CONTENTS

PREAMBLE	1
Acknowledgments	1
OVERVIEW	1
Objective of the Auditor's Audit	1
Background	2
ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE	2
Access to Teletriage Services	2
Public Awareness	2
Telephone Number	4
Demographics and Out of Province Calls	5
Call Management	5
Wait Times	5
Paging On-call Physicians	6
Information Requests	8
Confidentiality	9
Advice to Callers	9
Staffing	9
Compliance with Clinical Guidelines	11
Callers' Compliance	11
Quality Assurance	12
Call Audits and Complaints Process	12
Payments for Teletriage Services	14
Procurement	17
CONSOLIDATED LIST OF RECOMMENDATIONS	18

PREAMBLE

The Auditor General (Auditor) noted that the number of calls to teletriage health services (Telehealth Ontario and the Telephone Health Advisory Service – THAS) is declining. The Ministry of Health and Long-Term Care (Ministry) contracts with a private service provider, Sykes Assistance Services, to deliver both programs. The Auditor said that an independent survey indicated that those who use Telehealth Ontario are generally satisfied, but that only a small proportion of Ontario's population uses teletriage services. The Auditor suggested improvements to enhance the services and also said that although the Ministry acquired the services in a competitive manner, the Ministry should assess the significant difference between the cost for calls in Ontario versus much lower costs for calls in other provinces. These were two of the key findings of the Auditor's value-for-money audit of the Teletriage Health Services (section 3.13 of the Auditor's *2009 Annual Report*).

In April 2010 the Standing Committee on Public Accounts held a day of public hearings on the Auditor's report. Senior officials from the Ministry and Sykes participated in the hearings. (For a transcript of the Committee proceedings please see Committee *Hansard*, April 14, 2010.) The Committee endorses the Auditor's findings and recommendations. This Committee report presents the Committee's findings, views, and recommendations. The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with its written responses to the Committee's recommendations within 120 calendar days of the tabling of the report with the Speaker of the Legislative Assembly, unless otherwise specified in a recommendation.

Acknowledgments

The Standing Committee on Public Accounts extends its appreciation to officials from the Ministry of Health and Long-Term Care and Sykes Assistive Services for their attendance at the hearings. The Committee also acknowledges the assistance provided during the hearings and report writing deliberations by the Office of the Auditor General, the Clerk of the Committee, and staff in the Legislative Research Service.

OVERVIEW

Objective of the Auditor's Audit

The main objective was to assess whether teletriage services were providing confidential access to timely advice in an economical manner that met the health-care needs of Ontarians. The audit focused on Telehealth Ontario and THAS.

Background

Ontario's teletriage services provide callers with free, confidential telephone access to a registered nurse for health-care advice and information. Callers enrolled with physicians participating in family health teams can call THAS Monday to Friday nights and anytime on the weekend. THAS facilitates patients' access to on-call physicians if needed.

The service provider, Sykes, employs almost 300 registered nurses at five call centres. During the 2008/09 fiscal year, nurses responded to 905,000 calls; payments to the service provider totaled \$35.1 million. The Ministry said that one of the purposes behind the Telehealth and THAS services is to determine whether an individual calling should actually present at a hospital's emergency department or use other reliable and effective methods of dealing with the health care issue.

Health Care Connect

The Ministry said that Telehealth Ontario supports Health Care Connect, a program that helps individuals find a family physician in their area. Telehealth is the primary intake method for Health Care Connect. The Committee commented that it had not been aware of Telehealth's role in Health Care Connect.

ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE

Significant issues were raised in the audit and before the Committee. The Committee attaches particular importance to those issues discussed below.

Access to Teletriage Services

Public Awareness

The Auditor noted various promotional campaigns to increase public awareness of Telehealth within the first few years of the inception of the program. As well, the Ministry's contracts with physician practices specify that promoting THAS is a joint responsibility. Physicians are to advise their patients about this service. (Tripartite contractual arrangements are in place between the Ministry, primary care groups, which comprise varying numbers of physicians, and the Ontario Medical Association.)

The Auditor said that about 5% of Ontario's population made calls to teletriage services in 2008/09; similar programs in other provinces were called more frequently. For example, Quebec's service received 2 million calls from a population of 7.4 million and Alberta received 1 million calls from a population of 3.3 million. THAS received calls concerning only about 1% of eligible individuals. The Auditor recommended that the Ministry should consider the continued need for a separate THAS service or options for increasing the level of awareness and acceptance of teletriage services, especially among individuals eligible to use THAS and among those demographic groups, such as seniors, that underutilize the services.

Survey

The Ministry said that it is measuring public awareness and the use of teletriage services through a survey. The survey was conducted in March 2010. It focused on seniors and residents in northern Ontario.

Supplementary information on Survey

After the hearings the Ministry reported that the survey closed at the end of March 2010. The survey firm collated and tabulated the results, which were presented to the Ministry on April 23, 2010. The Ministry will use the results in developing a strategy for marketing teletriage services and increasing their acceptance and use.

Primary Care Providers and THAS Promotion

The Committee wished to know what requirements exist for family health teams and other primary care providers to inform patients about THAS. The Ministry said that the survey will help determine awareness of THAS but added that low call volume suggests low knowledge of the service. Currently wallet cards, brochures and posters in primary care group offices are all used to promote THAS. The Ministry said that it needs good information in order to avoid generating marketing material with little impact and is months away from finalizing decisions on such issues as new marketing measures for THAS.

The Ministry said that there is no requirement for family health teams to regularly notify patients about THAS but their contracts do oblige them to inform patients about the service and the extended hours of service. The survey will help determine the best means of communicating such information and also help determine how many on-call physicians are needed.

Ontario Medical Association (OMA) and THAS Promotion

The Ministry has contacted the OMA to discuss how the OMA could facilitate its members' promotion of THAS to patients. The Ministry emphasized that it hopes that THAS would help reduce unnecessary hospital emergency department visits.

Contact Centre

The Committee asked whether a contact centre that incorporates a number of multimedia devices such as web chat and e-mail, might better serve Ontario's population than a call centre. Sykes said that there is a transition in the industry from call centres to contact centres. It agreed that a contact centre might better attract younger users in particular. However, Sykes added that the Ministry sets the guidelines and noted that sometimes a call back centre works best. For example, for a smoking cessation program to work well, clients needed to be called back by their regular contact person in order to build a relationship of trust. This trust is necessary for behaviour change. Trust is more difficult to build if a client reaches a different person each time the client calls.

The Ministry said that nurses' judgment is a critical feature of the teletriage call-in services. It is, however, interested in a multi-channel approach and already uses a "robust" website for Health Care Connect.

Underutilization in Certain Segments of the Population

The Ministry noted that the Auditor's work identified underutilization of teletriage services in certain segments of the population. The services are primarily used by women in child-bearing years who often phone about their children but are underutilized by seniors. The survey, among other things, is to help determine what would increase the use of Telehealth and THAS and provide information on barriers to use of these services.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

- 1. By March 31, 2011 the Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the results of the Ministry's survey on public awareness and use of teletriage services as well as any new measures planned by the Ministry to address issues identified in the survey. Specifically, the Ministry should**
 - specify measures intended to ensure that primary care groups routinely communicate information about the Telephone Health Advisory Service (THAS) to their patients;**
 - report on the reasons identified in the survey for underutilization of teletriage services in certain segments of the population, what these groups say would increase their use of the services, and how the Ministry intends to follow-up on these findings; and**
 - provide a timeline for the introduction of any planned new measures.**

Telephone Number

The Auditor noted that in July 2005, the Canadian Radio-television and Telecommunications Commission set aside the phone number "811" for provinces to use for non-urgent health teletriage/telehealth services. British Columbia and Quebec have adopted the "811" number. The Auditor recommended that the Ministry explore the use of an easily remembered phone number, such as "811", for both Telehealth Ontario and THAS.

The Ministry said that adopting the "811" number had not been "on its radar screen" before the Auditor raised the issue. Telehealth Ontario, which has a 1-800 number, has been in place for over 10 years. The Ministry believes that the public's knowledge of Telehealth is better than that of THAS, a somewhat newer service.

The Ministry referred to the quick increase in call volume (identified by the Auditor) in Quebec resulting from the introduction of an “811” number and said that the survey will help determine whether remembering an “811” number will be easier for individuals in Ontario than, for example, remembering where they put a fridge magnet that displays the current service number. In response to a Committee question, the Ministry said that it did not believe that there would be any technical problems associated with use of an “811” number.

Cost Analysis of 811

The Ministry said it would examine the survey results and the costs associated with implementing an 811 number, and would then undertake a cost-benefit analysis to assess the business case. Government approval would be required. The Ministry, anticipating that the introduction of an 811 number would result in more calls and therefore greater expense, is also working with the service provider to determine what associated cost-effectiveness measures could be introduced.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

2. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts by March 31, 2011 on the outcome of its cost-benefit analysis to assess the business case for introducing an 811 number for teletriage services in Ontario. The Ministry should specify whether it supports the introduction of the 811 number, how this number would be publicized, what the costs associated with a possible associated increase in call volume would be and what cost-saving measures might be simultaneously introduced.**

Demographics and Out of Province Calls

The Auditor’s analysis of caller data from 2008 noted that calls to Teletriage services concerned only about 4% of Ontario’s seniors and that almost 2,000 registered calls came from outside Ontario. Sykes said the toll-free numbers that exist for Telehealth Ontario and THAS are only accessible from an Ontario number. Anyone calling from out of province/country on a phone with an Ontario number (such as an Ontario cellphone) will obtain access.

Call Management

Wait Times

The Auditor’s calculation of wait times for individuals in the call-back queue differed (i.e., was longer) from the service provider’s because the Auditor determined that the wait time for a call-back started when the incoming call was initially answered by an automated attendant, not when the caller was put in the call-back queue. The service provider did not track the time callers waited in the live queue. The Auditor recommended that the Ministry require the service provider to measure the wait time for callers from the time the call was initially received for both the live and call-back queues.

Call-back Queue Wait Time

The Ministry said that the Auditor's report and questions from the Committee helped the Ministry understand that it did not necessarily perceive wait times in the same way as consumers, and that as far as consumers are concerned, wait time begins when a call is made. The Ministry has now worked with Sykes to ensure that Sykes can measure wait time from the time when an incoming call is answered by an automated attendant. The Ministry noted that most people will only wait for about six minutes to talk to a nurse before opting to leave a message for a return call. It said that Sykes has had a good record in terms of returning calls within specified standards (based on the contract parameters). The Ministry will assess the new data that it receives from Sykes to determine whether any contract amendment is required.

Live Queue Wait Time and Call Abandonment

Sykes said that although it was not initially requested to measure live queue wait times that it has now looked at 14 months worth of data for this and found that the average time that a caller waited before abandoning a call in the live queue was 6.7 minutes. The average wait time before a call was answered was 6.4 minutes. Six percent of total calls that reached the switchboard were abandoned. The Ministry said the objective of such reviews is to improve the response time to ensure that all callers' questions are answered in a reasonable amount of time.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

3. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on whether the Ministry has requested its service provider to change its wait time measure to start when the call is received rather than when the caller is subsequently put in a queue to wait to talk to a nurse. The Ministry should also specify any measures that it and its service provider are considering to improve any excessive wait times identified.**

Paging On-call Physicians

The Auditor noted that in 2008 roughly one in five THAS calls resulted in a nurse who handled a call deciding to page an on-call physician. In over 70% of these cases the on-call physician had to be paged more than once, and in 9% of cases the pages were not returned. The Auditor noted that about 10% of family practices did not return at least one-third of pages they received. There is no financial penalty to the family practice if a page is not returned within a reasonable time frame or is not returned at all. The Auditor recommended that the Ministry should review alternative ways to promote timely physician responses to pages, such as financial penalties when on-call physicians do not respond when paged or financial incentives for those physicians who consistently exceed standards.

Five Primary Care Groups Did Not Return Calls Consistently

The Ministry is reviewing ways to ensure that on-call physicians respond to their pages in a timely fashion. It said that in most cases physicians respond to pages. There are more than 600 primary care groups of physicians representing approximately 6,700 physicians. The Auditor's findings helped the Ministry to determine that five primary care groups did not return pages consistently (there were occasions when they did not return pages at all). The Ministry is now able to converse directly with those primary care group physicians.

The Ministry now receives data from Sykes about unanswered pages, which will be monitored monthly, and will further assist the Ministry in beginning conversations with primary care groups of physicians regarding their contractual responsibilities. The Ministry said that it will also continue to work with the OMA on this issue. There has been no indication that discussions on responses to pages need to be a formal part of contractual discussions.

Supplementary Information

After the hearings the Auditor provided the Committee with information and an analysis of call centre data indicating that during 2008 there were 20,491 pages made to 605 physician groups. The Auditor said that to obtain a fair perspective on the doctors' timely responses to their pages, only those physician groups that had received at least five pages, but had not responded to two or more of these pages, were considered. This resulted in 427 practices that had received at least five pages during the year, of which 281 had not responded to two or more of these pages. Of these 281 physician groups, there were 97 that had responded to less than 80% of their pages.

Paging and Use of Technology

The Committee asked whether the Ministry had considered using technology such as the BlackBerry to page physicians, to facilitate direct communication. The Ministry thought this was an interesting suggestion. It said it would need to determine such factors as whether all physicians use the same technology, and whether they have a push or pull approach regarding electronic communication. Once the Ministry determines how physicians prefer to receive information, it can channel its efforts accordingly. (On a slightly different matter, the Ministry said that repeated attempts to convince the Information and Privacy Commissioner to allow the use of BlackBerrys for communicating sensitive patient information have been rejected; the Ministry is continuing discussions with the Commissioner on ways to improve communication and response times.)

Possible Need for Fewer Doctors to Respond to Pages

The Ministry said that it will also try to assess whether too many physicians are on call for THAS. In some cases, pages that went unanswered had been made to physicians who had never been paged before. The Ministry wondered whether it might be better to have fewer physicians responding to pages so that those physicians would know that they would be called and would be ready to assist nurses. The Ministry will consult with the OMA on this matter and noted that if

the number of doctors on call was decreased, there would be corresponding savings. It will also discuss the issue of incentives or penalties for unanswered pages with the OMA. The Ministry wants to understand issues associated with unanswered pages before responding to the problem.

The Committee wished to know when this problem would be remedied. The Ministry said that it might just take a few weeks to identify and alert those groups with the most serious difficulties in responding to pages. However, it is possible that the problem might shift from those groups to others. The Ministry said that it will expedite discussions with the OMA and will convey the Committee's and the Chair's views that it is urgent to begin negotiations to address the problem of unanswered pages.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts is extremely concerned that some physicians failed to respond to pages and recommends that:

4. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on measures, including potential financial penalties, that the Ministry has considered to ensure that physician input is available when needed for callers to the Telephone Health Advisory Service (THAS) and the implications of those measures. The Ministry should include information on monthly data that it is now receiving and monitoring from the service provider on unanswered pages. It should report on the outcomes and any proposed remedies resulting from the Ministry's consultations with primary care groups and the Ontario Medical Association on the issue of unanswered pages. The Ministry should also specify whether enhancements to information technology are being considered to help improve physician response rates to pages.**

Information Requests

The Auditor noted that 11% of registered calls related to health information requests, and 4% related to information about community services. The service provider maintains an audiotape library as well as a list of Ontario community services. Although the service provider's contract with the Ministry requires that a nurse speak to all callers, the Auditor noted that 99% of information requests were handled entirely by a nurse, rather than the nurse connecting the caller to the audiotape library. The Auditor recommended that the Ministry ask the service provider to instruct its nurses to redirect information requests for phone numbers and addresses of community services to non-nursing staff.

The Ministry said that it is working with Sykes to direct information-related calls to non-nursing staff and to have demographic information collected by non-nursing staff. The Ministry said that it has a medical advisory committee comprised of various medical professionals who are outstanding in their fields –

both in medicine and medical ethics. The committee reviews the protocols and related information provided to callers.

Confidentiality

The Auditor noted that the service provider does not perform any vulnerability or penetration testing on its teletriage services' service and network equipment. The Ministry referred to its 2008 Threat Risk Assessment (noted by the Auditor) and said that another such assessment would be undertaken in 2010. It said that the Threat Risk Assessment includes penetration testing as one component of multiple steps in the assessment.

Advice to Callers

The Committee cited the Ministry's intention to work with the service provider to research and review ways to determine the impact of the advice provided to callers and wished to know whether this formed part of the Ministry's survey. The Ministry said that it did not and that it would begin a procurement process in fall 2010 for a formal evaluation of the impact of advice provided to callers. The Ministry hopes to have the evaluation completed by the end of the fiscal 2010/11 but added that some aspects of the evaluation may take longer. The Ministry noted that it commissioned an external consultant to undertake a longitudinal evaluation of Telehealth Ontario which began in April 2003 and ended in June 2005. The Ministry said that it learned a great deal from the evaluation including measures for cost avoidance and cost saving as well as identifying standards that might be improved.

Staffing

As of December 21, 2008 almost 300 nurses staffed Sykes' call centres. The Auditor's sample of nurses hired in 2008 indicated that 23% had less than one year of acute-care experience, and 20% had less than three years of total nursing experience (the service provider's 2007 proposal to the Ministry said the nurses would have at least three years of nursing experience). Training activities include a monthly case study. The Auditor noted that over 25% of team managers completed less than half the required case studies in 2008.

The Auditor recommended that the service provider hire nurses with at least three years of nursing experience, including at least one year of acute-care or clinical experience, as per its proposal to secure the contract to provide teletriage services and its internal policies. The Auditor also said the service provider should ensure that nurses complete their ongoing training in accordance with policies.

Nurses: Experience and Testing

The Ministry said that it will ensure that requirements set out in its agreement with the service provider are followed. It has implemented additional reporting requirements that document monthly data on nurse training and a quality assurance program, with the co-operation of Sykes. Sykes said that it no longer hires nurses with less than three years' experience. It currently has 22 nurses on

staff who do not meet that requirement. According to Sykes, its nurses undergo extensive testing during recruitment, including a number of tests to objectively assess critical thinking ability. Other tests are for keyboard, English and Windows skills (computer competencies are important for the job). Those 22 nurses have passed these tests. Sykes believes some of these 22 nurses are as good as or better than others with three (or more) years' experience. Sykes is confident that its staff members are delivering the necessary service but added that if it is out of compliance, that it will get back into compliance.

Nurses: Satisfaction Rate and Retention

Sykes said that in 2009, 90% of its nurses reported that overall they were very happy with Sykes as a place to work. Sykes drew attention to nursing shortages and the fact that alternative jobs are available. Sykes jobs are in non-traditional nursing. Demand is primarily on evenings and weekends, which poses a challenge for scheduling, recruitment and retention.

The turnover rate for nurses is 48% per year. Sykes said that it must provide an incentive for nurses to give up time with their families to come into work on evenings and weekends. One incentive for weekend work is a compressed work week whereby a nurse is employed for 30 hours (in three 10-hour shifts) but is paid for 40 hours.

Service Level

On average 50 or more Sykes nurses work at any one time, with the number increasing to 75 or 80 in a busy season. Sykes strives to have the right number of people in seats at the right time to meet service levels. It said that service level is inversely proportional to productivity. A very high service level (for example, a 90% service level in 20 seconds) means that some staff will be sitting waiting for a call to come in. On the other hand, a very low service level will result in burnout. The fully loaded cost for a nurse is about \$75,000 (per year).

Supplementary Information

After the hearings, Sykes provided information on nurse attrition data that illustrated a decline in attrition during orientation from 15.6% in 2007 to 1.1% in 2009 and a decline in the percentage of nurses who left Sykes within the first 30-days of their hire from a 25% turnover rate in 2007 to a 10% turnover rate in 2009. Sykes concluded that it has seen an improvement in the quality of new nurses hired since the implementation of its new recruitment process with a strengthened focus on nurse competency. Further, at the time of the audit, the service provider had indicated that it employs some nurses that work from home in order to minimize nurse turnover and mitigate the risk of call centre closures associated with a potential pandemic crisis.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

- 5. While recognizing that the service provider has a small percentage of its nurses currently working from home, the Standing Committee on Public Accounts encourages the Ministry of Health and Long-Term Care and its service provider to assess the impact the work-from-home option has on nurse recruitment and the service provider's ability to retain an experienced, stable workforce. This assessment should also cover**
 - whether working from home impacts the quality of nurses' work; and**
 - whether effective safeguards are in place to protect client privacy.**

Compliance with Clinical Guidelines

Advice to callers is based on decision support software (with medical algorithms) that provides clinical guidelines, in combination with a nurse's own clinical judgment. Schmitt-Thompson Clinical Content developed the guidelines. The Auditor said that according to the service provider, in 2008/09 nurses' judgments led them to deviate from the clinical guidelines for 5% of callers. No reason for the deviation was documented for 30% of these deviations. The Auditor recommended that the service provider require nurses to document the reason for providing advice that does not follow a clinical guideline or protocol. The Ministry said that nurses must now do this.

Callers' Compliance

The Auditor analyzed service provider data on callers' initially planned actions compared to the advice callers received from a nurse. The Auditor considered the levels of care from lowest to highest, to be to self-treat, see a doctor, or go to the emergency department. The Auditor noted that nurses advised 38% of callers to use the same level of care as originally planned; 33%, to use a lower level of care; and 29%, to use a higher level of care. Overall, about the same percentage of callers were advised to go to the emergency department as had originally intended to go there, but many of the callers who were referred there were not the ones who had originally planned to go.

Based on the service provider's 2008/09 data the Auditor noted that 94% of callers indicated that they intended to comply with the nurse's advice. Since callers were not asked to provide their Ontario health card (OHIP) number to the service provider, the Auditor said it is difficult to confirm whether they did. The Auditor recommended that the Ministry, in conjunction with the service provider, should develop a process (such as obtaining Ontario health card numbers and following up on a sample of the callers' subsequent actions) for periodically assessing the extent to which callers follow the nurses' advice.

Collection of Health Card Numbers

The Ministry said that it would work with the service provider to research ways to determine the impact of the advice provided to callers. It has consulted with the Information and Privacy Commissioner (the discussions are continuing) regarding the collection of health card numbers to assist with this determination. The Ministry is examining the impact such a change would have on the service.

Sykes said that OHIP number provision would help address the issue of out-of-province access to Ontario's teletriage services. If a caller has an OHIP number (regardless of caller location), the caller would be authorized to use the service. Provision of an OHIP number would also enable Sykes, in collaboration with the Ministry, to determine whether a caller advised not to go to emergency went.

The Ministry said that initially it was concerned that asking callers (predominantly mothers) for an OHIP number would distract their attention (from health issues) while they looked for their cards. However, the Ministry said that it knows of at least one other jurisdiction that collects health card numbers and that Health Care Connect callers are asked for these numbers and have been ready with them when they call. The Ministry said that if OHIP numbers were to be requested for teletriage health services, the Ministry might be able to warn people in advance through marketing initiatives.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

6. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the Ministry's decision on whether or not to ask people calling into the Telephone Health Advisory Service and Telehealth Ontario to provide their Ontario health card (OHIP) number. The Ministry should provide a rationale for its decision.**

Quality Assurance

Call Audits and Complaints Process

The Auditor noted that reviewers (often a clinical team manager or a senior nurse) listen to at least 15 calls per month per call centre. The reviewers select calls to audit. The Auditor noted issues including the fact that reviewers can only audit calls as they take place and when call volumes permit (calls are not recorded) so most audits are performed during off-peak periods. One Canadian jurisdiction uses mystery callers (Ontario does not). The Auditor noted that most of the provinces consulted tape calls to use for quality assurance purposes. The Ministry's 2003 internal privacy impact assessment indicated that calls should generally not be taped. The Auditor felt that because calls were not taped it was not possible to know what transpired during the calls and concluded that it was not possible to assess the quality of medical advice being given.

The Auditor recommended that Sykes should have independent reviewers conduct an established number of random audits on calls received at different times of the day and on different days of the month, including weekends and holidays. The Auditor also recommended that Sykes should periodically analyze the overall issues noted in call audits and complaints to determine whether there are any systematic issues or trends that warrant follow-up. The Auditor also felt that the Ministry should request the Information and Privacy Commissioner's input on whether calls can be taped.

With respect to complaints, Sykes said it now has a more systematic approach. It consolidates complaints received and assesses reasons for them. One month the key issue related to customer service empathy. Sykes will work with the Ministry to determine an appropriate reporting format.

Satisfaction Surveys

The Committee wished to know what provisions exist for a quality of service review that is not based on complaints. As noted earlier (see "Advice to Callers" section) the Ministry said in fall 2010 it will conduct a formal and external evaluation of teletriage services to measure the overall effectiveness of the program against its identified objectives. This will include independent satisfaction surveys of callers, physicians and emergency department staff.

Taping Calls

The Ministry said that it has consulted with the Information and Privacy Commissioner regarding regular recording of calls. It has been told that the practice is allowable as long as callers are advised in advance and are given the opportunity to opt out. The Ministry said (if it were to tape calls) that it would work with the service provider to ensure that appropriate mechanisms, safeguards and retention processes would be in place. Taping calls would assist with assessing the quality of advice provided by nurses.

The Ministry said that it had not yet made a decision on taping calls but indicated that it was close to doing so. Retention of tapes is one matter that needs to be considered. Information from different jurisdictions varies greatly over the issue of how long tapes should be retained. The Ministry said that further consultation with the Information and Privacy Commissioner will be required on this matter.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

7. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the outcome of the Ministry's ongoing consultations with the Information and Privacy Commissioner regarding the possibility of recording calls made to Ontario's teletriage health services. Taping calls would enable better quality assurance processes, such as independently determining the**

appropriateness of advice provided by teletriage nurses. The Ministry should outline its current position on this issue.

Payments for Teletriage Services

For the 2008/09 fiscal year, the service provider was paid \$35.1 million for the teletriage services: a flat fee of \$35 million for the first 900,000 registered calls (or about \$39 per registered call) and about \$27 per registered call after that. According to the Auditor three provinces which shared cost information indicated that their cost per call was about \$20.

The Auditor said the Ministry had not investigated the reasons underlying significant differences in cost per call between Ontario and other jurisdictions, but indicated that possible explanations could include different costing methodologies, such as not including all capital costs, and variances in nurses' salaries. The Auditor recommended that the Ministry obtain information on the delivery of teletriage services in other provinces to determine whether there are areas where Ontario's teletriage services could be delivered more economically.

Costs in Other Jurisdictions

The Ministry said that even before the Auditor issued his report that it had always attempted to keep up to date regarding how teletriage services were delivered in other provinces. After the Auditor's audit, the Ministry consulted with several provinces about their payment structures. The provinces were only willing to share a high level of information, not the level of detail that the Ministry had hoped for and expected. It said that it is currently exploring different ways to streamline services with the goal of making them more cost effective.

The Ministry spoke to British Columbia (B.C.), New Brunswick, Alberta and Quebec. B.C. and Alberta provide their own teletriage services in-house. The Ministry calculated the cost per call to be between \$26 and \$29. The Ministry said that since B.C. and Alberta provide their services in-house and do not use activity-based costing their costs are not fully loaded. Overhead, such as HR support and infrastructure needs, would be absorbed in the overall budget. Additionally, the Ministry was unable to assess the performance measures associated with levels of service provided in B.C. and Alberta. The Ministry said that it was told confidentially by New Brunswick that New Brunswick's costs are higher than Ontario's. Both provinces use the same service provider. The Ministry was not able to obtain much information about the service in Quebec.

The Auditor said that Quebec has 15 call centres. It pays \$14.48 per call plus an administration fee of \$5.56 per call. The Auditor noted in the audit that it was not clear how the cost of infrastructure was accounted for but said to the Ministry that because the difference is so big between the other jurisdictions' cost per call of about \$20 versus Ontario's cost per call of about \$40 it would be worth examining if the other jurisdictions operate differently or more cost-effectively.

The Ministry noted that the difference in the cost per call may relate to differing service standards. In other provinces, service providers may be allowed one hour for call backs, instead of Ontario's 30 minutes. In Alberta, for example, callbacks are permitted to be made within 120 minutes. Some IT and human resources costs would not be represented in the cost per call.

In Ontario Nurses Must Handle Registered Calls

Sykes added that Ontario's contract specifies that a registered call must be handled by a nurse. The Ministry said that savings might, for example, be realized through increased use of patient assistant representatives (PARs) and the use of registered practical nurses (RPNs). In other jurisdictions, not all calls are handled by nurses. Sykes believes that many incoming calls do not require a nurse and pointed to the difference in costs between a \$30/hour nurse versus a \$10/hour PAR. It said that the Ministry agrees and that the two will jointly identify the appropriate level (of nurses to handle calls). The Committee asked whether RPNs are used in other jurisdictions' teletriage health services. The Ministry said it did not believe so; Ontario may break new ground. However PARs, who are neither registered nurses (RNs) nor RPNs, are used in many other jurisdictions, for example, for the collection of demographic information (not for patient triage).

Demand and Call Cost per Minute

The Ministry said that demand for Ontario's teletriage services has been flat with 900,000 to one million registered calls per year over the last eight or nine years. The Ministry will explore different means of increasing call volume.

Registered calls are 11 minutes long on average. The Committee wished to know whether Sykes had considered charging based on cost per minute as opposed to a flat rate of cost per call. Sykes said that although it is not averse to doing this that it has not considered it because it responded to an RFP based on cost per call. Sykes said that nurses are paid by the hour. The Committee noted this means that the nurses' compensation is time-based, while the call centre's compensation is call-based.

The Ministry said that it wishes to examine all options for saving money, excluding re-opening the contract with the service provider. While the Ministry said it would take the cost per minute model under consideration, it also explained the rationale underpinning the current model. In 2007 the Ministry decided to set pricing based on the idea that the service provider would run a contact centre, as opposed to a call centre. The Ministry further noted that:

- A key issue (discussed earlier) is the retention of clinically skilled individuals, which can be challenging.
- It wishes to have respect for people's health needs and not to create what it described as a perverse environment of calls being ended quickly because more money can be made that way.
- “This is not a volume business, it's a quality business.”

The Ministry repeated, however, that it is prepared to revisit the model should it be in the best public policy interests of Ontarians.

Supplementary Information

After the hearings Sykes provided the following table of cost per call minute data:

April 2008-March 2009	Value
Invoice Revenue	\$35,117,839
Invoiced calls	905,200
Handled Incoming (Nurse and PAR)	1,115,624
Productive Minutes	13,329,864
Staffed Minutes	20,291,758
Cost per Invoiced Call	\$38.80
Cost per Handled Call	\$31.48
Cost per Productive Minute	\$2.63
Cost per Staffed Minute	\$1.73

“Productive” minutes represent the occupied time for all agents, or the total number of minutes all agents were actively processing calls. “Staffed” minutes represent the amount of time where all staff was both actively processing calls and waiting, available to receive the next call.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

8. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the results of its efforts to reduce the cost of calls to its triage services. The Ministry should specify:**
 - whether it would consider changing its current payment model for calls handled by the service provider, specifying what, if any, other model is under consideration;
 - decisions taken by the Ministry and the service provider regarding service provider staffing, for example, whether patient assistant representatives (PARs) could gather demographic information from callers, and whether registered practical nurses (RPNs) could also be employed by the service provider and if so, in what capacity;
 - whether the Ministry would consider using more than one service provider, specifying if not why not or if so, why; and
 - what measures are in place for the Ministry to oversee service delivery by the service provider.

H1N1 Call Volume Increase

The Ministry provided information on the surge of calls in October-November 2009 in connection with the H1N1 virus. The surge resulted in long wait times for callers. The Ministry noted numerous strategies implemented by Sykes to address this, including adjusting shifts and having staff work additional hours. Sykes referred again to the contract provision requiring nurses to handle registered calls. It said that many calls, such as those requesting the location and hours of H1N1 clinics, did not need to be answered by a nurse. During the crisis, Sykes implemented recorded messages which assisted those people who wanted only very general information and did not necessarily wish to speak to a nurse.

Procurement

The Ministry said that the 2007 procurement process for teletriage services provided assurance that the amount set for the service was competitive within Ontario. It provided details on the Request for Qualifications (RFQ) and Request for Proposals (RFP) processes and noted that a fairness commissioner oversaw the procurement process.

Translation Services

Sykes uses CanTalk, a Winnipeg company, for its translation services. The Committee wished to know why Sykes did not use an Ontario company. It said that it is currently looking at alternatives but that no decision has been made. The Ministry (explaining the decision to use CanTalk) stressed the Ministry's high service level standard comprising the need for a service provider with a 100-plus multilingual capability that is able to provide service within 90 seconds.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

9. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the outcome of the service provider's review to determine whether an Ontario based company could perform the necessary call centre translation services for Ontario's teletriage services.**

CONSOLIDATED LIST OF RECOMMENDATIONS

The Standing Committee on Public Accounts requests that the Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee Clerk with a written response to each of the Committee's recommendations within 120 calendar days of the tabling of the report with the Speaker of the Legislative Assembly, unless otherwise specified in a recommendation.

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

1. By March 31, 2011 the Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the results of the Ministry's survey on public awareness and use of teletriage services as well as any new measures planned by the Ministry to address issues identified in the survey. Specifically, the Ministry should
 - specify measures intended to ensure that primary care groups routinely communicate information about the Telephone Health Advisory Service (THAS) to their patients;
 - report on the reasons identified in the survey for underutilization of teletriage services in certain segments of the population, what these groups say would increase their use of the services, and how the Ministry intends to follow-up on these findings; and
 - provide a timeline for the introduction of any planned new measures.
2. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts by March 31, 2011 on the outcome of its cost-benefit analysis to assess the business case for introducing an 811 number for teletriage services in Ontario. The Ministry should specify whether it supports the introduction of the 811 number, how this number would be publicized, what the costs associated with a possible associated increase in call volume would be and what cost-saving measures might be simultaneously introduced.
3. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on whether the Ministry has requested its service provider to change its wait time measure to start when the call is received rather than when the caller is subsequently put in a queue to wait to talk to a nurse. The Ministry should also specify any measures that it and its service provider are considering to improve any excessive wait times identified.
4. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on measures, including potential financial penalties, that the Ministry has considered to ensure that physician input is available when needed for callers to the Telephone Health Advisory Service (THAS) and the implications of those measures. The Ministry should include information on monthly data that it is now receiving and monitoring from the service provider on unanswered pages. It should report on the outcomes and any

proposed remedies resulting from the Ministry's consultations with primary care groups and the Ontario Medical Association on the issue of unanswered pages. The Ministry should also specify whether enhancements to information technology are being considered to help improve physician response rates to pages.

5. While recognizing that the service provider has a small percentage of its nurses currently working from home, the Standing Committee on Public Accounts encourages the Ministry of Health and Long-Term Care and its service provider to assess the impact the work-from-home option has on nurse recruitment and the service provider's ability to retain an experienced, stable workforce. This assessment should also cover

- whether working from home impacts the quality of nurses' work; and
- whether effective safeguards are in place to protect client privacy.

6. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the Ministry's decision on whether or not to ask people calling into the Telephone Health Advisory Service and Telehealth Ontario to provide their Ontario health card (OHIP) number. The Ministry should provide a rationale for its decision.

7. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the outcome of the Ministry's ongoing consultations with the Information and Privacy Commissioner regarding the possibility of recording calls made to Ontario's teletriage health services. Taping calls would enable better quality assurance processes, such as independently determining the appropriateness of advice provided by teletriage nurses. The Ministry should outline its current position on this issue.

8. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the results of its efforts to reduce the cost of calls to its teletriage services. The Ministry should specify:

- whether it would consider changing its current payment model for calls handled by the service provider, specifying what, if any, other model is under consideration;
- decisions taken by the Ministry and the service provider regarding service provider staffing, for example, whether patient assistant representatives (PARs) could gather demographic information from callers, and whether registered practical nurses (RPNs) could also be employed by the service provider and if so, in what capacity;
- whether the Ministry would consider using more than one service provider, specifying if not why not or if so, why; and
- what measures are in place for the Ministry to oversee service delivery by the service provider.

9. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the outcome of the service provider's review to determine whether an Ontario based company could perform the necessary call centre translation services for Ontario's teletriage services.

- S'il envisagerait de modifier son modèle de paiement actuel pour les appels traités par le formisseur de services en précisant quel autre modèle, le cas échéant, est à étudier;
 - Les décisions prises par le Ministère et le formisseur de services concernant l'efficacité du formisseur de services, par exemple, si des représentants de l'assistance aux patients pourraient recevoir de l'information démonographique auprès des appelaux et si le formisseur de services pourrait également employer des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et, dans l'affirmative, à quel titre;
 - S'il envisagerait de faire affaire avec plus d'un formisseur de services et préciser les raisons pour lesquelles il le ferait ou non;
 - Les mesures qu'il a mises en place pour surveiller la prestation des services par le formisseur de services.
9. Le ministre de la Santé et des Soins de Longue durée présente au Comité permanent des compétences publiques un rapport sur le résultat de l'examen mené par le fournisseur de services pour déterminer si une entreprise de l'Ontario pourrait fournir les services de traduction nécessaires d'un centre d'appels pour les services de télétagage de l'Ontario.

indiquer :

8. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur les résultats des efforts visant à réduire le coût des appels de ses services de télétriage. Le Ministre doit

7. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur le résultat des consultations menées par le Ministre auprès du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée concernant la possibilité d'enregistrer les appels aux services de télétriage de l'Ontario. L'enregistrement des appels permettrait d'adopter de meilleurs processus d'assurance de la qualité, comme l'évaluation indépendante du bien fondé des conseils donnés par le personnel infirmier des services de télétriage. Le Ministre doit exposer sa position actuelle à ce sujet.

8. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur la décision du Ministre de demander ou non aux personnes qui appellent au Service téléphonique d'aide médicale et à Télésanté Ontario de donner leur numéro de carte Santé de permanenter des comptes publics un rapport sur la décision du Ministre de

- si le fait de travailler à domicile a un impact sur la qualité du travail du personnel infirmier;
- si les mesures de protection efficaces ont été mises en place pour protéger la vie privée des clients.

5. Tout en reconnaissant que le fournisseur de services a un petit pourcentage permanent des comptes publics invite le ministre de la Santé et des Soins de longue durée et son fournisseur de services à évaluer l'impact qu'à la possibilité de travailler à domicile sur le recrutement du personnel infirmier et la capacité du fournisseur de services à maintenir en poste une main d'œuvre stable et expérimentée. Cette évaluation doit également déterminer

la technologie de l'information afin d'améliorer le taux de réponse des médecins qui égalemment indiquer s'il envisage d'appuyer des améliorations sur le plan de l'Ontario Medical Association sur le problème des messages sans réponse, ainsi que des mesures correctives proposées à la suite de celles-ci. Le Ministre doit également indiquer s'il envisage d'envoyer des messages sans réponse, des résultats de ses consultations auprès des groupes de soins primaires et de services sur les messages laissés sans réponse, et qu'il surveille. Il doit faire part de l'information sur les données mesurées qu'il reçoit des organismes du fournisseur de services sur les conséquences de ces mesures. Le Ministre doit inclure de sanctioins financières évolutives, que le Ministre a envisagées pour garantir qu'il est possible d'obtenir l'opinion d'un médecin lorsqu'on en a besoin pour les personnes qui appellent au Service téléphonique d'aide médicale (STAM), ainsi

LISTE RECAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS

Le Comité permanent des compétences publiques recommande ce qui suit :

des Soins de longue durée de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité à l'égard de chacune des recommandations du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation.

- Le ministre de la Santé et des Soins de Longue durée présente au Comité permanent des compétences publiques au plus tard le 31 mars 2011 un rapport sur les résultats du sondage effectué par le Ministère sur la sensibilisation du public et l'utilisation des services de télétravail, ainsi que sur les nouvelles mesures que complète prendre le Ministre, le cas échéant, pour remédier aux problèmes relevés dans le cadre du sondage. Plus précisément, le Ministre doit

- préciser les mesures qu'il complète pour faire en sorte que les groupes de soins primaires communiquent régulièrement à leurs patients l'information sur le Service téléphonique d'aide médicale (STAM);
- indiquer les raisons, d'après le sondage, de la sous utilisation des services de télétramage dans certains segments de la population, les éléments qui inciteraient ces groupes, selon eux, à utiliser davantage les services, et le suivi que le Ministre complète donner à ces constatations;
- indiquer le délai de mise en œuvre des nouvelles mesures prévues, le cas échéant.

2. Le ministre de la Santé et des Soins de Longue durée présente au Comité permanent des compétences publiques au plus tard le 31 mars 2011 un rapport sur le résultat de son analyse coulant à l'avalages du dossier de mise en œuvre du numéro 811 pour les services de télétriage en Ontario. Le Ministre doit indiquer s'il est en faveur de l'instaration du numéro 811, les moyens qu'il prendrait pour le faire connaître, les coûts qui seraient associés à une augmentation connexe possible du nombre d'appels et les mesures d'économie qui pourraient être instaurées parallèlement au numéro 811.

3. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des compétences publiques un rapport sur les mesures, notamment des délais d'attente excessifs.
4. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des compétences publiques un rapport sur les mesures que lui même et le personnel peuvent prendre pour parer à un membre du moment infirmier. Le Ministre doit également indiquer les mesures que lui-même et le personnel peuvent prendre pour améliorer les délais d'attente excessifs.

9. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des compétences publiques un rapport sur le résultat de l'examen mené par le fournisseur de services pour déterminer si une entreprise de l'Ontario fournit les services de traduction nécessaires d'un centre d'appels pour les services de télétriage de l'Ontario.

Le Comité permanent des compétences publiques recommande ce qui suit :

Recommandation du Comité

Le sujet. Le Ministère (en expliquant la décision d'utiliser les services de Cantalk) a souligné la norme élevée du Ministère en matière de niveau de service, dont le besoin d'un fournisseur de services ayant une capacité multilinguistique d'une certaine mesure, qui est en mesure de fournir un service dans un délai de 90 secondes.

répondu qu'il étudiait d'autres solutions, mais qu'il n'avait pris aucune décision à ce sujet. Le Ministère (en expliquant la décision d'utiliser les services de Cantalk) a souligné la norme élevée du Ministère en matière de niveau de service dans un délai de 90 secondes.

Sykes fait affaire avec CanTalk, une entreprise de Wimippe, pour ses services de traduction. Le Comité des arts connaît les raisons pour lesquelles Sykes ne faisait pas affaire avec une entreprise de l'Ontario. Le fourisseur de services a

Services de traduction

Le Ministère a dit que le processus d'approvisionnement de 2007 pour les services de télétravail garantissait que le prix des services acquis était concurrentiel en Ontario. Il a fourni de l'information sur les processus de demande de qualification et de demande de proposition et a souligné qu'un comité assister à l'équité surveillance le processus d'approvisionnement.

Appropriation

Augmentation s'est traduite par de longues périodes d'attente pour les appelaient. Le Ministère a souligné les nombreuses stratégies mises en œuvre par Sykes pour y remédier, notamment appuyer des ajustements aux quartiers de travail et faire travailler le personnel en heures supplémentaires. Sykes a dé nouveau fait référence à la disposition du contrat qui exige que les appels consignés soient traités par le personnel infirmier. Selon le fournisseur de services, de nombreux appels, comme ceux des personnes qui souhaitent obtenir de l'information sur le lieu et l'heure des cliniques de vaccination contre le virus H1N1, ne nécessitait pas l'intervention du personnel infirmier. Durant la crise, Sykes a mis en œuvre des messages énergisants pour venir en aide aux gens qui souhaitent uniquement des renseignements très généraux et ne veulent pas nécessairement parler à un membre du personnel infirmier.

Augmentation du volume d'appels en rapport avec le virus H1N1

- *S'il envisagerait de modifier son modèle de paiement actuel pour les appels traités par le fournisseur de services en précisant quel autre modèle, le cas échéant, est à l'étude;*
 - *Les décisions prises par le Ministère et le fournisseur de services concernant l'efficacité du fournisseur de services, par exemple, si des représentants de l'assistance aux patients pourraient recueillir de l'information démographique auprès des appellants et si le fournisseur de services pourrait également emploier des firmiers et infirmières auxiliaires autorisées et, dans l'affirmative, à quel titre;*
 - *S'il envisagerait de faire affaire avec plus d'un fournisseur de services et préciser les raisons pour lesquelles il le ferait ou non;*
 - *Les mesures qu'il a mises en place pour surveiller la prestation des services par le fournisseur de services.*

triage. Le Ministre doit indiquer :

de ses efforts visant à réduire le coût des appels de ses services de

Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des compétences publiques un rapport sur les résultats

8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

Recommandation du Comité

Par « minutes productives », on entend le temps pendant lequel tous les agents sont occupés ou le nombre total de minutes pendant lesquelles tous les agents traitent des appels. Par « minutes dotées », on entend le nombre de minutes au prochain appel.

Pendant lesquelles tous les employés traitent des appels ou attendent de répondre soit occupées ou le nombre total de minutes pendant lesquelles tous les agents traitent des appels. Par « minutes dotées », on entend le nombre de minutes traitant des appels. Par « minutes productives », on entend le temps pendant lequel tous les agents sont occupés ou le nombre total de minutes pendant lesquelles tous les agents traitent des appels.

	Valeur	AVril 2008-mars 2009
Revenus de facturation	35 117 839 \$	
Appels factures	905 200	
Appels réguliers traités (personnel infirmier et représentants de l'assistance aux patients)	1 115 624	
Minutes productives	13 329 864	
Minutes dotées	20 291 758	
Coût par appel facture	38,80 \$	
Coût par appel traité	31,48 \$	
Coût par minute productive	2,63 \$	
Coût par minute dotée	1,73 \$	

A la suite des audiences, Sykes a fourni le tableau de données suivant sur le coût par minute d'appel :

Renseignements supplémentaires

- Un enjeu clé (dont nous avons discuté précédemment) est le maintien en poste de personnes possédant des compétences cliniques, ce qui n'est pas nécessairement facile.
- Il desire favoriser le respect à l'égard des besoins des gens en matière de santé et non pas créer ce qu'il décrit comme un environnement dénaturé où l'on s'impose de mettre fin aux appels parce que c'est plus rentable ainsi.
- « Il ne s'agit pas d'une entrepise axée sur le volume, mais sur la qualité. » Toutefois, le Ministère a répété qu'il est prêt à revoir le modèle si c'est dans l'intérêt stratégique des Ontariennes et des Ontariens.

Il existe plusieurs raisons pour lesquelles il avait mis en place le modèle actuel. En 2007, le Ministère a décidé de fixer les prix en fonction du centre d'appels. Le Ministère a également attiré l'attention sur les points de l'idée que le fournisser de services exploitait un centre de contact plus que un centre d'appels. Les raisons pour lesquelles il avait mis en place le modèle actuel, mais il a également expliqué les raisons pour lesquelles il a égalélement attiré l'attention sur les points suivants :

Le Ministère a indiqué qu'il souhaitait étudier toutes les options pour réaliser des économies, sauf la réouverture du contrat conclu avec le fournisseur de services.

La durée moyenne des appels consignés est de 11 minutes. Le Comité désirait savoir si Sykes avait envisagé de facturer un tarif par minute plutôt qu'un tarif fixe par appel. Le fournisseur de services a répondu qu'il n''était pas contre cette proposition à laquelle il avait répondé étant donné sur le coût par appel. Il a dit fagot de procéder, mais il ne l'avait pas envisagée parce que la demande de fixe par appel. Le fournisseur de services a proposé une offre de services à laquelle il avait répondé étant donné sur le coût par appel.

Le Ministère a dit que la demande pour les services de télétravail de l'Ontario est stable : le nombre d'appels consignés se situe entre 900 000 et 1 000 000 par année depuis huit ou neuf ans. Le Ministère étudiera différents moyens d'accroître la volume d'appels.

Demande et coût des appels par minute

Le Ministère a ajouté que le coût des appels consignés est de 17 centimes le kilomètre. Dans les autres administrations, le personnel infirmiers auxiliaires autorisés à des infirmières et infirmières auxiliaires (et non pour le triage des patients).

Le Ministère a fait remarquer que l'écart entre les couts par appel peut avoir trait à des normes de service différentes. Dans les autres provinces, on alloue peut-être un délai d'une heure aux fournisseurs de services pour rappeler un client, tandis que le délai alloué en Ontario est de 30 minutes. En Alberta, par exemple, les appels peuvent être effectués dans un délai de deux heures. Certains couts liés aux TI et aux ressources humaines ne sont pas compris dans le coût par appel.

Peine d'examiner si les autres administrations fonctionnent de façon différente ou plus efficiente.

Paiement des services de télétriage

En 2008-2009, le fournisseur de services a reçu 35,1 millions de dollars pour les services de télétriage : des honoraires fixes de 35 millions de dollars pour les premiers appels consignés (ou environ 39 \$ par appel consigné) et environ 27 \$ par appel consigné au-delà de ce seuil. Selon le vérificateur, trois provinces qui ont fourni de l'information sur les couts ont indiqué que leur coût par appel se situait autour de 20 \$.
 Le vérificateur a dit que le Ministre n'avait pas cherché à connaître les raisons de l'écart important entre les couts par appel de l'Ontario et ceux des autres administrations, mais a indiqué que ces raisons pourraient inclure les différences dans les méthodes d'établissement des couts, par exemple l'exclusion d'une partie des couts d'immobilisations, et dans la rémunération du personnel infirmier. Le vérificateur a recommandé que le vérificateur publie son rapport. A la suite de la vérification même avant que le vérificateur publie son rapport, A la suite de la vérification modaliités de présentation des services de télétriage dans les autres provinces et ce, toutefois avec la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec. La Colombie-Britannique et Nouveau-Brunswick, l'Alberta et le Québec. Le Ministre a calculé que le coût par appel se situait entre 26 \$ et 29 \$. Comme la Colombie-Britannique et l'Alberta fournissent leurs propres services de télétriage. Le Ministre a rendu plus efficaces afin de les rendre plus efficaces.

Coutts dans les autres administrations

Le Ministre a dit qu'il s'était toujours efforcé de se tenir au courant des modalités de présentation des services de télétriage dans les autres provinces et ce, toutefois avec la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec. La Colombie-Britannique et Nouveau-Brunswick, l'Alberta et le Québec. Le Ministre a communiqué avec le Ministre à Albertaine, qui a obtenu beaucoup d'information au sujet du service existant au Québec. Le vérificateur a dit que le Québec complète 15 centres d'appels et qu'il paie 14,48 \$ par appel plus des frais d'administration de 5,56 \$ par appel. Le vérificateur a remarqué dans le cadre de la vérification que le mode de compensation dépendait des couts d'infrastructure restant à préciser, mais il a dit au ministère que ses couts étaient plus élevés que ceux de l'Ontario. Les deux provinces font affaire avec le même fourisseur de services. Le Ministre a pu obtenir beaucoup d'information au sujet du service existant au Québec. Le vérificateur a également déclaré que les deux provinces avaient été créées dans le cadre de la vérification que le mode de compensation dépendait des couts d'infrastructure restant à préciser, mais il a dit au ministère que ses couts étaient plus élevés que ceux de l'Ontario. Les deux provinces ont obtenu le même fournisseur de services pour tous les besoins d'infrastructure, soit absentes dans le budget global. De plus, le Ministre n'a pu évaluer les mesures de renforcement associées aux niveaux de service fournis en Colombie-Britannique et en Alberta. Le Nouveau-Brunswick lui a dit que le coût par appel se situait entre 26 \$ et 29 \$. Comme la Colombie-Britannique et l'Alberta fournissent leurs propres services de télétriage. Le Ministre a calculé que le coût par appel se situait entre 26 \$ et 29 \$. Comme la Colombie-Britannique et l'Alberta fournissent leurs propres services de télétriage. Le Ministre a rendu plus efficaces afin de les rendre plus efficaces.

7. Le ministre de la Santé et des Soins de Longue durée présente au Comité permanent des compétences un rapport sur le résultat des consultations menées par le Ministre auprès du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée à ce sujet.

Le Comité permanent des compétences recommande ce qui suit :

Recommandation du Comité

Le Ministre a dit qu'il avait pas encore pris de décision à propos de l'enregistrement des appels, mais qu'il était sur le point de le faire. La conservation des enregistrements est une question qu'il faut prendre en compte.

L'information sur la durée souhaitable de la conservation des enregistrements est très différente d'une administration à l'autre. Le Ministre a indiqué qu'il lui faudra consulter de nouveau le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée à ce sujet.

Le Comité recommande que la durée souhaitable de la conservation des enregistrements soit une période de deux mois.

Le Ministre a dit qu'il avait consulté le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée au sujet de l'enregistrement courant des appels. Il s'est fait dire que la pratique est acceptable en autant que l'on informe au préalable les appelants que leur appel sera enregistré et qu'on leur donne la possibilité de refuser. Le Ministre a dit (s'il déciderait d'enregistrer les appels) qu'il collaborerait avec le fournisseur de services pour s'assurer que des mécanismes, des mesures de protection et des procédures permettront d'évaluer la qualité des conseils donnés par le personnel infirmier.

Enregistrement des appels

Le Comité des autorités savoir s'il existe des dispositions prévoyant un examen de la qualité des services qui ne reposent pas sur les plaintes. Comme indiqué dans la section « Conseils aux appelaient », le Ministre a dit qu'il soumettra les services de télétagage à une évaluation extrême formelle à l'automne 2010 pour mesurer l'efficacité globale du programme par rapport aux objectifs fixés pour celui-ci. L'évaluation comprendra des sondages indépendants sur la satisfaction des appelaient, des médecins et du personnel du service des urgences.

Sondages sur la satisfaction

Entre autres, le problème principal concerne l'empathie du service à la clientèle. Sykes collabore avec le Ministre pour déterminer un mode de rapport approché.

En ce qui a trait aux plantes, Sykes a dit qu'il adopte une approche plus systématique. Il regroupe les plantes régionales et en évalue les motifs. Un mois,

Assurance de la qualité

6. Le ministre de la Santé et des Soins de Longue durée présente au Comité permanent des compétences publiques un rapport sur la décision du Ministère de démander ou non aux personnes qui appellent au Service téléphonique d'aide médicale et à TéléSanté Ontario donner leur numéro de carte Santé de l'Ontario. Le Ministre doit justifier sa décision.

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

Recommandation du Comité

déroulement leur attention (des problèmes de santé) pendant qu'ils cherchent leur carte. Toutefois, il a dit qu'au moins une autre administration demande leur carte. Selon Le Ministère, si il n'y a pas de carte de déemande de numéro de téléphone en main quand ils appellent. Selon Le Ministère, si il n'y a pas de carte de déemande de numéro de téléphone en main quand ils appellent et que ceux-ci ont leur numéro de téléphone dans leur carte de déemande de numéro de téléphone, il sera probablement en mesure d'avertir les gens à aux services de télétrage, il sera probablement en mesure d'avertir les gens à l'avance au moyen d'initiatives de marketing.

Le Ministère a déclaré qu'il craignait au départ que le fait de demander aux appelleants (principallement des mères) un numéro de carte Sainte de l'ONratio ne personnelle infirmer conseille de ne pas se rendre au service des urgences Sykes, en collaboration avec le Ministère, de déterminer si les appelleants auxquels communication du numéro de carte Sainte de l'ONratio permettrait également à le personnel infirmer conseille de ne pas se rendre au service des urgences suivent ce conseil.

Collecte des numéros de carte Sante

Le Ministère a dit qu'il cherchera, de concert avec le tourismisseur de services, des moyens de déterminer l'impact des conseils fournis aux appelleants. Il a consulté le Commissaire à l'information et la protection de la vie privée (les discussions se poursuivent) au sujet de la collecte des numéros de carte Sainte-Portrait ce déterminant de cet impact. Le Ministère étudie les répercussions qu'aurait ce changement sur le service.

Se fondant sur les données de 2008-2009 du fourmisser de services, le chiffre d'entreprise a remarqué que 94 % des appelleants ont indiqué qu'ils avaient l'intention de suivre les conseils du personnel infirmier. Comme les appelleants n'étaient pas tenus de donner leur numéro de carte Sainte de l'Ontario au fourmisser de services, le vérificateur a dit qu'il était difficile de savoir si ils avaient vraiment fait. Il a recommandé que le Ministre, de concert avec le fourmisser de services, le vérificateur ait accès à la liste des appelleants qui ont échangé un échantillon d'appelants qui lui permettra d'évaluer périodiquement dans quelle mesure les appelleants suivent les conseils du personnel infirmier.

Conformité des appellants

Le Ministère a indiqué que le personnel infirmier doit dèsormais se plier à cette exigence.

Les conseils donnés aux appelleants reposent sur un logiciel d'aide à la décision (base sur des algorithmes médicaux) qui fournit des lignes directrices cliniques auxquelles se conjointe le jugement du personnel infirmier. L'entreprise Schmitt-Thompson Clinical Content a élaboré les lignes directrices. Le personnel infirmier l'a amené à s'écarte de l'écart n'état consigne par écrit dans 30 % des cas. Le vérificateur a recommandé que le formisseur de 5 % des conseils donnez aux appelleants. Aucun motif de l'écart n'état consigne du personnel infirmier l'a aménagé à s'écarte des lignes directrices cliniques pour vérifier a dit qu'en 2008-2009, selon le formisseur de services, le jugement Schmitt-Thompson Clinical Content a élaboré les lignes directrices. Les lignes directrices cliniques sont formulées en place pour protéger la vie privée des clients.

Conformité aux lignes directrices cliniques

- si des mesures de protection efficaces ont été mises en place pour travailler du personnel infirmier;
- si le fait de travailler à domicile a un impact sur la qualité du travail du personnel infirmier;
- si des mesures de protection efficaces ont été mises en place pour protéger la vie privée des clients.

5. Tout en recommandant que le formisseur de services a un petit pourcentage d'infirmières et infirmiers travaillant actuellement à domicile, le Comité permanent des compétences publie invite le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et son formisseur de services à évaluer l'impact qu'à la possibilité de travailler à domicile sur le recrutement du personnel infirmier et la capacité du formisseur de services à maintenir en poste une main-d'œuvre stable et expérimentée. Cette évaluation doit également déterminer si le travail du personnel infirmier a un impact sur la qualité du travail du personnel infirmier et si des mesures de protection efficaces ont été mises en place pour protéger la vie privée des clients.

Le Comité permanent des compétences publie recommande ce qui suit :

Recommandation du Comité

A la suite des audiences, Sykes a fourni de l'information sur l'attirance du personnel infirmier; ces données montrent une diminution de l'attraction du personnel infirmier, soit de 15,6 % en 2007 à 1,1 % en 2009, et une diminution de l'attraction, soit de 15,6 % en 2007 à 25 % en 2007 à suivant leur embauchage. Le taux de roulement étant passé de 25 % en 2007 à 10 % en 2009. En conclusion, Sykes dit avoir constaté une amélioration de la qualité du nouveau personnel infirmier embauché depuis l'instauration de son nouveau processus de recrutement, qui est davantage axé sur les compétences du personnel infirmier. Par ailleurs, au moment de la vérification, le formisseur de services a indiqué qu'il permettait à certains membres de son personnel infirmier de travailler à domicile afin de réduire le taux de roulement et d'attirer le risque de fermeture des centres d'appels en cas de pandémie.

Renseignements supplémentaires

Propriétionnel à la productivité. Un niveau de service très élevé (par exemple, un niveau de service de 90 % en 20 secondes) signifie que des membres du personnel sont sur place et attendent les appels. En revanche, un niveau de service très faible aboutit à l'épuisement professionnel. Le coût intégral des services d'une infirmière ou d'un infirmier est d'environ 75 000 \$ (par année).

Niveau de service

heures), mais il est remunéré pour 40 heures.

Le taux de roulement du personnel infirmier est de 48 % par année. Sykes a dit qu'il doit offrir des encouragements aux infirmières et infirmiers afin de les inciter à renoncer à passer du temps en famille pour venir travailler le soir et la fin de semaine. Un des encouragements pour inciter les gens à travailler la fin de semaine est la semaine de travail complète; selon cet horaire, le personnel infirmier est embauché pour travailler 30 heures par semaine (trois quarts de 10 semaines).

Personnel infirmier : taux de satisfaction et maintien en poste

Selon Sykes, 90 % des membres de son personnel infirmier ont indiqué en 2009 qu'ils étaient très heureux en général du milieu de travail offert par Sykes. Le fournisseur de services a attiré l'attention sur les penuries de personnel infirmier et sur le fait qu'il existe d'autres types d'emplois. Sykes offre des emplois dans les soins infirmiers non traditionnels. La demande est plus forte les soirs et les fins de semaine, ce qui pose un défi sur le plan des horaires, du recrutement et du maintien en poste.

Personnel infirmier : expérience et tests

conformément à la proposition présentée pour obtenir le contrat de services de télétagage et à ses politiques internes. Le vérificateur a dit également que le formateur de services doit veiller à ce que le personnel infirmier suive une formation continue conformément aux politiques.

Le vérificateur a recommandé que le fournisseur de services enrage du personnel infirmier qui possède au moins trois ans d'expérience dans ce domaine, dont au moins un an d'expérience des soins actifs ou d'expérience clinique,

chefs d'équipe ayant fait moins de la moitié des études de cas requises en 2008.
une étude de cas mensuelle. Le vérificateur a remarqué que plus de 25 % des
ans d'expérience des soins infirmiers). Les activités de formation complémentaire
Ministère en 2007 indiquait que le personnel infirmier possédait au moins trois
d'expérience au total (la proposition soumise par le fournisseur de services au
an d'expérience en soins actifs et 20 % ayant accumulé moins de trois ans
engagés en 2008 analysé par le vérificateur, 23 % entre eux avaient moins d'un
centres d'appels de Sykes. D'après l'échantillon d'infirmiers travaillant dans les

Dotation

normes susceptibles d'amélioration.

couts et réaliser des économies; elle lui avait également permis d'identifier des
avait été très instructive, notamment sur les mesures à prendre pour éviter des
en avril 2003 et s'est terminée en juin 2005. Le Ministère a dit que l'évaluation
entreprendre une évaluation longitudinale de Téléassistance Ontario, qui a commencé
temps. Il a souligné qu'il avait retenu les services d'un consultant extrême pour
Ministère a assuré que certains aspects de l'évaluation pourraient prendre plus de
espérant que l'évaluation sera terminée à la fin de l'exercice 2010-2011, le
évaluation formelle de l'impact des conseils fournis aux appelaient. Tout en
processus d'appel d'offres à l'automne 2010 portant sur l'exécution d'une
Ministère. Celui-ci a rappelé que ce n'était pas le cas et qu'il entreprendrait un
aux appelaient, le Comité désirait savoir si cette faisait partie du sondage du
fournisseur de services, des moyens de déterminer l'impact des conseils fournis
En mentionnant l'intention du Ministère de chercher, de concert avec le

Conseils aux appelaient

les nombreuses étapes de l'évaluation.

l'évaluation des menaces et des risques comprend des tests de pénétration partielle
et des risques du fil à effet tenu en 2008 (mentionnée par le vérificateur) et a dit
des services de télétravail. Le Ministère a fait référence à l'évaluation des menaces
tests de vulnérabilité ou de pénétration sur les serveurs et l'équipement réseau de
Le vérificateur a souligné que le fournisseur de services ne se livrait pas à des

Confidentialité

fournis aux appelaient.

medicale. Le Comité examine les protocoles et les renseignements connexes
respectives, tant dans le domaine de la médecine que dans celui de l'éthique
différents professionnels de la santé qui exercent dans leurs disciplines
Ministère a dit qu'il s'est doté d'un comité consultatif médical composé de
infirmier et que ce personnel recueille des renseignements démographiques. Le

Le Ministère a dit qu'il collaborer avec Sykes pour faire en sorte que les appels portant sur une demande d'information soient dirigés vers le personnel non

Demandes de renseignements

Le ministre de la Santé et des Soins de Longue Durée présente au Comité permanent des compétences publiques un rapport sur les mesures, notamment des sanctions financières éventuelles, que le Ministre a envisagées pour garantir qu'il est possible d'obtenir l'opinion d'un médicin lorsqu'en a besoin pour les personnes qui appellent au service téléphonique d'aide médicale (STAM), ainsi que sur les conséquences de ces mesures. Le Ministre doit inclure de l'information sur les données menant à l'application de ces mesures. Il doit faire part des résultats de ses consultations auprès du public. Il doit faire part des résultats de ses consultations auprès des groupes de soins primaires et de l'Organisation Médicale Association sur le problème des messages laissés sans réponse, ainsi que des mesures correctives proposées à la suite de celles-ci. Le Ministre doit également indiquer s'il envisage d'appuyer des améliorations sur le plan de la technologie de l'information afin d'améliorer le taux de réponse des médecins aux messages.

RECOMMANDATION DU COMITÉ

Le Comité des saràit savour à quel moment ce problème seraït comité. Le Ministre a répondu qu'il ne lui faudrait probablement que quelques semaines pour identifier les groupes où la réponse aux messages semble poser le plus de problèmes et leur donner un avertissement. Toutefois, il est possible que le problème se constate ensuite dans d'autres groupes. Le Ministre a dit qu'il accélèrera les discussions avec l'OMA et qu'il transmettra le point de vue du Comité et du président, à savoir qu'il est urgent d'entreprendre des négociations pour remédier au problème des messages laissés sans réponse.

Le Ministre a dit qu'il tenait égalemennt de déterminer s'il y a trop de médecins de garde pour le STAM. Dans certains cas, les messages laissent sans réponse. Le Ministre se demande s'il serait préférable d'avoir un plus petit nombre de médecins pour répondre aux messages à des destinées qui n'avaient jamais reçu de messages auparavant. Le Ministre se demande s'il seraient préférables d'avoir un plus petit nombre de médecins pour répondre aux messages, de sorte que ceux-ci sachent duquel appelle et soient prêts à venir en aide au patient immédiatement. Le Ministre consultera l'OMA à ce sujet; il a souligné que si le nombre de médecins de garde diminue, il y aura des économies correspondantes. Il discutera également avec l'OMA de la question des incitations ou des sanctions en rapport avec les messages laissés sans réponse. Le Ministre tient à se familiariser avec les enjeux associés aux messages laissés sans réponse avant de s'attaquer au problème.

A la suite des audiences, le vérificateur a transmis au Comité de l'information et une analyse des données des centres d'appels indiquant que 20 491 messages avaient été envoyés à 605 groupes de médecins en 2008. Afin d'obtenir un point de vue équitable sur la rapidité avec laquelle les médecins répondent à leurs messages, le vérificateur a dit que seuls les groupes de médecins qui avaient reçu au moins cinq messages, mais n'avaient pas répondu à deux messages ou plus, ont été pris en compte. Ainsi, sur 427 centres de médecine familiale qui avaient reçu au moins cinq messages ou plus. Parmi ces 281 groupes de médecins, 97 avaient répondu à au moins cinq messages durant l'année, 281 n'avaient pas répondu à deux messages ou plus. Les résultats sont présentés dans le tableau 1.

en outre le Ministère à amorcer les discussions avec les médecins des groupes de laisses sans réponse, lesquels feront l'objet d'une surveillance mensuelle, et aidera Sykes transmet maintenant des données au Ministère à propos des messages

de discuter directement avec les médecins de ces groupes. (parfois, ils n'y répondent pas du tout). Le Ministère est maintenant en mesure de soins primaires répondant pas aux messages de fagot de constatations du vérificateur ont permis au Ministère d'établir que cinq groupes groupes de soins primaires, composés en tout de quelque 6 700 médecins. Les cas, a-t-il dit, les médecins répondent aux messages. Il y a plus de 600 médecins de garde répondent aux messages en temps opportun. Dans la plupart des cas, le Ministère se penche sur les mesures à prendre pour faire en sorte que les

systématique

Cinq groupes de soins primaires ne rappelaient pas de fagot

des incitatifs financiers pour ceux qui dépassent invraisemblablement les normes. Pécuniaires pour les médecins de garde qui ne répondent pas à leurs messages ou aux messages en temps opportun, par exemple en prévoyant des sanctions que le Ministère envisage d'autres moyens d'encourager les médecins à répondre raisonnablement à une sanctio pécuniaire. Le vérificateur a recommandé familiale qui ne répond pas à ses messages ou qui n'y répond pas dans des délais répondant pas à moins de tiers des messages réguliers. Or, le centre de médecine vérificateur a constaté qu'environ 10 % des centres de médecine familiale ne contact avec un médecin de garde. Dans plus de 70 % des cas, il a fallu envoyer plus d'un message et, dans 9 % des cas, le médecin n'a pas rappelé. Le 2008, le membre du personnel infirmier qui a traité l'appel a décidé de prendre Le vérificateur a observé que pour à peu près un appel sur cinq fait au STAM en

Prise de contact avec les médecins de garde

améliorer les délais d'attente excessifs. fournissoir de services envisagé de prendre, le cas échéant, pour Ministère doit également imposer les mesures que lui-même et le en file d'attente pour parler à un membre du personnel infirmier. L'appel est régulièrement à un membre du moment où l'appelant est mis temps d'attente pour communiquer le calcul à compter du moment où demande à son fournisseur de services de modifier sa mesure du Comité permanent des comptes publics rapporte indiquant s'il a 3. Le ministère de la Santé et des Soins de Longue durée présente au

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

Recommandation du Comité

détail raisonnable. Pour garantir que l'on répond aux questions de tous les appelleants dans un délai raisonnable. Le Ministère a dit que l'objectif de ce genre d'examen est d'améliorer le détail de pour cent des appels qui atteignent le standard téléphonique ont été abandonnés. d'attente moyenne avant la prise en charge d'un appel était de 6,4 minutes. Six

Periodes passée dans la file d'attente en direct et appels abandonnés Selon Sykes, même si l'initiative n'a pas été tenue dans la file d'attente en direct, il a maintenu le temps passé dans la file d'attente en direct dans les deux dernières semaines.

Le ministère a dit que le rapport du vérificateur et les questions du Comité lui ont permis de comprendre qu'il ne percevait pas nécessairement le temps d'attente de la même façon que les consommateurs et que le temps d'attente du point de vue des services parcs que le vérificateur a survolé n'a pas été pris en charge par le rappel comme au moment où l'appel requis initialement est pris en file de rappel. Le rappel était différent (c'est-à-dire, plus long) de celui calculé par le fournisseur de services parce que le vérificateur a déterminé que la période passée en attente de rappel était calculée pour le vérificateur pour les personnes dans la file de rappel.

Temps passé dans la file de rappel

Le temps d'attente calculé par le vérificateur pour les personnes dans la file de rappel était différent (c'est-à-dire, plus long) de celui calculé par le vérificateur pour la file d'attente en direct et pour la file de rappel.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère exige du fournisseur de services qu'il calcule la période d'attente depuis la réception de l'appel initial jusqu'à ce que le vérificateur a survolé la période passée dans la file d'attente en direct. Le vérificateur a recommandé que le Ministère exige du fournisseur de services que le vérificateur automatise et non au moment où l'appel requis initial est pris en file de rappel. Le rappel comme au moment où l'appel requis initial est pris en charge par le fournisseur de services ne survolera pas le temps mis en file de rappel. Le rappel automatique et non au moment où l'appel requis initial est pris en charge par le fournisseur de services ne survolera pas le temps mis en file de rappel.

Gestion des appels

D'après l'analyse faite par le vérificateur des données sur les appels pour 2008, les appels aux services de télétagage concernant environ 4 % seulement des personnes âgées en Ontario, et près de 2 000 appels consignés provenant de l'extérieur de l'Ontario. Sykes a dit que les numéros sans frais de Téléسانte ont été obtenus par le vérificateur pour les personnes dans la province de l'Ontario et du STAM ne sont accessibles qu'à partir d'un numéro de téléphone de l'Ontario. Quiconque appelle de l'extérieur de la province ou du pays au moyen d'un téléphone ayant un numéro de l'Ontario (par exemple, un numéro de téléphone cellulaire de l'Ontario) obtient l'accès aux services de télétagage.

Données démographiques et appels provenant de l'extérieur de la province

pourraient être instaurées parallèlement au numéro 811. Fairie connaitre, les coûts qui seraient associés à une augmentation comme possible du nombre d'appels et les mesures d'économie qui

2. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

Recommandation du Comité

Le Ministre a dit qu'il examinerait les résultats du sondage et les coûts associés à l'adoption du numéro 811 et qu'il entreprendrait ensuite une analyse comparative du gouvernement. Prevoyant que l'instaration du numéro 811 favorit augmenter le nombre d'appels et, par conséquent, les frais, le Ministre collaborer égallement avec le fournisseur de services pour déterminer les mesures d'économie qui pourraient être instaurées en parallèle.

En réponse à une question du Comité, le Ministre a répondu qu'il y aurait pas de problèmes techniques, selon lui, associés à l'utilisation du numéro « 811 ». En effet, il existe déjà un aimant de réfrigérateur indiquant le numéro actuel du service. Quant à son coût plus de facilité à se rappeler d'un numéro « 811 » que de l'endroit où il se place, il n'y a pas de problème pour les personnes qui résident en ville.

Le Ministre a indiqué que l'adoption du numéro « 811 » n'est pas « dans ses plans » avant que le vérificateur soulève la question. Téléسانte Ontario, qui a un vérificateur au Québec à la suite de l'adoption du numéro « 811 », le Ministre a fait sa proposition rapide du nombre d'appels (indiquée par le vérificateur) au Québec à la suite de l'adoption du numéro « 811 », le Ministre a indiqué que le sondage permettra de déterminer si les personnes qui résident en

plus récent. Population connaît davantage Téléسانte que STAM, qui est un service un peu moins populaire que Téléankan. Le Ministre estime que la STAM, qui a un peu moins de 800, existe depuis plus de dix ans. Le Ministre a indiqué que l'adoption du numéro 811 facilitera la communication entre les deux services.

Le vérificateur a souligné que le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes a mis de côté en juillet 2005 le numéro de téléphone « 811 » pour les services non urgents de Téléankan ou de télématique des provinces. La Colombie-Britannique et le Québec ont adopté ce numéro. Le

Le vérificateur a souligné que le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes a mis de côté en juillet 2005 le numéro de téléphone « 811 » pour les services non urgents de Téléankan ou de télématique des provinces. La Colombie-Britannique et le Québec ont adopté ce numéro. Le

- indiquer le détail de mise en œuvre des nouvelles mesures prévues,
 - indiquer le cas échéant.
- à ces constatations;
- d'avantage les services, et le suivre que le Ministre complète donner

Le Comité a demandé si un centre de contact comportant plusieurs outils multimédias comme le clavardage et le courriel serait plus efficace qu'un centre d'appels pour la population de l'Ontario. Sykes a dit que l'on constate un passage des centres d'appels aux centres de contact dans l'industrie. Le fournisseur de services connaît qu'un centre de contact attirerait peut-être davantage les utilisateurs plus jeunes, en particulier. Il a cependant ajouté que le Ministre est celui qui établit les lignes directrices et a fait remarquer que, parfois, un centre de rappel est plus efficace. Par exemple, pour qu'un programme de lutte contre le tabagisme obtienne du succès, il est important que la même personne-reressource établisse pour favoriser le changement de comportement. Or, il est plus difficile de rappeler les clients afin d'établir un lien de confiance. Cette confiance est nécessaire pour établir un lien de confiance quand le client parle à une personne différente multiples et il utilise déjà un site Web « robuste » pour Accès Soins.

Le Ministre a dit que le juge ment du personnel infirmier est un aspect crucial des services de télétravail. Il est toutefois intéressé par une approche à canaux souhaitée dans certains segments de la population. Le Ministre a remarqué que le vérificateur a fait état d'une sous-utilisation des services de télétravail dans certains segments de la population principalement chez les femmes en âge de procréer qui utilisent les services et elles appellent en général au sujet de leurs enfants; les aînés utilisent peu le service. Le sondage permettra, entre autres, de déterminer les éléments qui favoriseraient la sensibilisation du public et l'utilisation des services de télétravail, ainsi que sur les nouvelles mesures que compte prendre le Ministre, le cas échéant, pour remédier aux problèmes relevés dans le cadre du sondage. Plus précisément, le Ministre doit préciser les mesures qu'il compte prendre pour faire en sorte que indiquer les raisons, d'après le sondage, de la sous-utilisation des services de télétravail dans certains segments de la population, les groupes de soins primaires communiquent régulièrement à leurs patients l'information sur le Service téléphonique d'aide médicale (STAM); et indiquer les raisons, d'après le sondage, de la sous-utilisation des éléments qui inciteraient ces groupes, selon eux, à utiliser

Le Comité a demandé si un centre de contact comportant plusieurs outils multimédias comme le clavardage et le courriel serait plus efficace qu'un centre d'appels pour la population de l'Ontario. Sykes a dit que l'on constate un passage des centres d'appels aux centres de contact dans l'industrie. Le fournisseur de services connaît qu'un centre de contact attirerait peut-être davantage les utilisateurs plus jeunes, en particulier. Il a cependant ajouté que le Ministre est celui qui établit les lignes directrices et a fait remarquer que, parfois, un centre de rappel est plus efficace. Par exemple, pour qu'un programme de lutte contre le tabagisme obtienne du succès, il est important que la même personne-reressource établisse pour favoriser le changement de comportement. Or, il est plus difficile de rappeler les clients afin d'établir un lien de confiance. Cette confiance est nécessaire pour établir un lien de confiance quand le client parle à une personne différente multiples et il utilise déjà un site Web « robuste » pour Accès Soins.

Centre de contact

Le Ministère a indiqué que les équipements de santé familiale ne sont aucunement tenus de parler couramment du STAM à leurs patients, mais leur contrat les oblige à les informer de l'existence du service et de la possibilité d'y accéder en dehors des heures ouvrables. Le sondage permettra de définir la meilleure façon de communiquer ces renseignements et il permettra également de déterminer le nombre de médecins de garde nécessaires.

L'Ontario Medical Association (OMA) et la promotion du STAM

Le Ministère a communiqué avec l'OMA pour discuter des moyens qu'elle pourrait prendre pour faciliter la promotion du STAM par ses membres supérieurs des patients. Le Ministère a souligné qu'il espère que le STAM contribuera à réduire le nombre de visites inutiles au service des urgences des hôpitaux.

Le Comité voulait savoir en quoi les équipements de santé familiale et les autres fournisseurs de soins primaires étaient tenus d'informer les patients de l'existence du STAM. Le Ministre a dit que le sondage permettra de déterminer dans quelle mesure les gens connaissent l'existence du STAM, tout en ajoutant que le faible volume d'appels indique que le service est peu connu. Actuellement, des cartes format portefeuille, des brochures et des affiches dans les bureaux des groupes de soins primaires servent à promouvoir le STAM. Le Ministre a dit qu'il besoin de renseignements pertinents pour éviter de produire du marketing peu pertinent et que ce n'est pas avant plusieurs mois qu'il pourra prendre une décision finale sur des questions comme l'utilisation de nouveaux outils de marketing pour faire connaître le STAM.

Fournisseurs de soins primaires et promotion du STAM

A la suite des audiences, le Ministre a mis en place une étude de sondage qui a été terminée à la fin de mars 2010. L'entreprise de sondage a rassemblé les résultats et les a présentés au Ministère le 23 avril 2010. Le Ministre s'en servira pour élaborer une stratégie visant à faire connaître les services de télétravail et à en accroître l'adoption et l'utilisation.

Réseignements supplémentaires sur le sondage

Le Ministère a dit qu'il mesurait la sensibilisation du public et l'utilisation des services de télétravail au moyen d'un sondage. Mené en mars 2010, le sondage était axé sur les aides et sur les résidents du Nord de l'Ontario.

3,3 millions. Les appels réguliers par le STAM concernaient seulement 1 % à peu près des personnes admisibles. Le vérificateur recommande que le Ministre envisage de maintenir un STAM séparé ou d'accroître le niveau de sensibilisation et d'acceptation des services de télétravail, particulièrement chez les personnes admisibles au STAM et dans les groupes démographiques, comme celui des personnes âgées, qui n'en font pas une utilisation optimale.

Contexte

Les services de télétrage de l'Ontario offrent un accès téléphonique confidentiel et gratuit à une infirmière ou un infirmier autorisé qui peut donner des conseils ou des renseignements généraux sur la santé. Les appelleants inscrits auprès des médecins participants détiennent le droit de faire appel à un autre médecin au STAM du lundi au vendredi et en tout temps durant la fin de semaine. Le STAM facilite l'accès des patients à un médecin de garde, s'il y a lieu.

Accès Soins

Le Ministère a dit que Téléassurance Ontario soutient Accès Soins, un programme qui aide les gens à trouver un médecin de famille dans leur collectivité. Téléassurance est le premier mode de prise en charge pour Accès Soins. Le Comité a indiqué qu'il n'était pas au courant du rôle de Téléassurance en rapport avec Accès Soins.

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET

DEVANT LE COMITE

D'importantes questions ont été soulevées dans le cadre de la vérification et devant le Comité. Celui-ci accorde une importance particulière aux questions examinées ci-dessous.

DEVANT LE COMITE

Accès aux services de triage

Le véritable effet d'effacement de différences entre les campagnes de promotion avancé et menées pour sensibiliser le public à l'existence de Télésanté dans les premières années de la création du programme. En outre, les contrats conclus entre les bureaux de médecins précisent que la promotion du STAM est une responsabilité conjointe. Les médecins doivent informer leurs patients de l'existence de ce service. (Des ententes contractuelles tripartites ont été conclues entre le Ministre, les groupes de soins primaires, composés d'un nombre variable de médecins, et l'Ontario Medical Association.)

Selon le verticat de l'Ontario ont fait des appels environ 5 % des habitants de l'Ontario ont fait des appels aux services de télétravail en 2008-2009; les programmes semblables mis sur pied dans les autres provinces recueillent davantage d'appels. Par exemple, le service québécois a reçu 2 millions d'appels pour une population de 7,4 millions, tandis que le service alberqtien a reçu 1 million d'appels pour une population de

PRÉAMBULE

Le vérificateur général (le vérificateur) a remarqué que le nombre d'appels aux services de téléthage (Téléسانte Ontario et le Service téléphonique d'aide médicale (STAM)) diminue. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministre) passe un contrat avec un fournisseur de services du secteur privé, Sykes Assurance Services, pour la prestation des deux programmes. Selon le vérificateur, les résultats d'une enquête indépendante indiquent que les clients de la population ontarienne utilisent les services de téléthage. Il a suggéré des façons d'améliorer les services et a dit également que le Ministre, même s'il a existé entre le coût des appels en Ontario et celui, beaucoup moins élevé, constaté dans les autres provinces. Il s'agit là de deux constatations principales de la vérification de l'optimisation des ressources des services de triage effectuée par le vérificateur (section 3.13 du Rapport annuel 2009 du vérificateur).

Le Comité permanent des comptes publics a tenu une journée d'audiences publiques en avril 2010 sur le rapport du vérificateur. Des cadres supérieurs du Ministère et de Sykes ont pris part aux audiences. (On trouvera la transcription publiques en avril 2010 sur le rapport du vérificateur. Des cadres supérieurs du vérificateur, le présent rapport présente les propres constatations, opinions et recommandations du Comité. Celui-ci demande au Ministre de faire parvenir au Comité ses réponses écrites à l'égard des recommandations du Comité préférant au Comité et le personnel du Bureau du vérificateur général, le greffier du Comité, il remercie également les représentants du ministre de la Santé et des Soins de longue durée et de Sykes Assisitive Services de leur participation aux audiences. Il remercie également le Bureau du vérificateur général, le greffier du Comité et le personnel du Service de recherches de l'Assemblée législative pour l'assistance qu'ils lui ont prêtée durant les audiences et les délibérations sur la rédaction du rapport.

Le Comité tient à remercier les représentants du ministre de la Santé et des Soins de longue durée et de Sykes Assisitive Services de leur participation aux audiences. Il remercie également le Bureau du vérificateur général, le greffier du Comité et le personnel du Service de recherches de l'Assemblée législative pour l'assistance qu'ils lui ont prêtée durant les audiences et les délibérations sur la rédaction du rapport.

REMERCIEMENTS

L'objectif principal de la vérification était de déterminer si les services de téléthage offraient un accès confidentiel, en temps opportun et de manière économique, à des conséils santé répondant aux besoins des Ontariennes et Ontariens. La vérification mettait l'accent sur Téléسانte Ontario et le STAM.

OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION

VUE D'ENSEMBLE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	1
PRÉMERICIEMENTS	1
VUE D'ENSEMBLE	1
COMITÉ	2
QUESTIONS SOULÈVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE CONTEXTE	2
QUESTIONS SOULÈVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE CONTEXTE	2
Objetif de la vérification	1
Contexte	1
COMITÉ	2
Sensibilisation du public	2
Numéro de téléphone	5
Données démographiques et appels provenant de l'extérieur de la province	6
Gestion des appels	6
Périodes d'attente	6
Prise de contact avec les médecins de garde	7
Demandes de renseignements	9
Confidentialité	10
Conseils aux appellants	10
Dotations	11
Confiance aux lignes directrices cliniques	12
Assurance de la qualité	14
Vérification des appels et processus de traitement des plaintes	14
Palement des services de télétriage	16
Approvisionnement	19
LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS	21

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ

MARIA VAN BOMMEL a été remplacée par WAYNE ARTHURS le 22 septembre 2010.

Susan Viets
Rechercheuse

Katch Koch et Trevor Day
Greffiers du comité

JERRY J. OUELETTE

FRANCIS GELINAS

ALIEEN CARROLL

WAYNE ARTHURS

DAVID ZIMMER

LIZ SANDALS

DAVID RAMSAY

PETER SHURMAN
Vice-président

NORMAN W. STERLING
Président

2^e session, 39^e législature

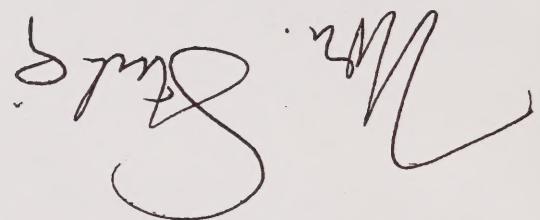
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

COMPOSITION DU

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS
Toronto, Ontario M7A 1A2

October 2010
Queen's Park

Norman W. Sterling



Le président du comité,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Monsieur le président,

Président de l'Assemblée législative
L'honorable Steve Peters

Legislative Assembly of Ontario
Assembly de l'Ontario



Donnees de catalogue avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics Services de télétriage (Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.13) 3.13)

Text en français et en anglais disponible en ligne.

Titre de la p. de l'additionnelle: Télétriage health services (section 3.13, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Egalement disponible sur l'Internet.

ISBN 978-1-4435-4826-7

RC86.7 O5 2010 362.18 C2010-964042-XF

1. Téléسانье Ontario - Audit. 2. Ontario. Service téléphonique d'aide médicale - Audit. 3. Triage (Médecine) - Ontario. 4. Télémedecine - Ontario. 5. Ontario. Ministère de la Santé et des soins de longue durée. I. Titre. II. Titre : Télétriage health services (section 3.13, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)

3 1761 11468407 9

59 Elizabeth II
2^e session, 39^e législature

(Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.13)

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS SERVICES DE TÉLETRIAGE

Legislative Assembly of Ontario
de l'Ontario

